

FEDERAAL ONDERZOEKSPROGRAMMA DRUGS

SAMENVATTING

BENZONET

**Perception, habitual use and cessation of
BENZOdiazepines: a multi-method NETnography**

**Perceptie, chronisch gebruik en afbouw van
BENZOdiazepines: een multi-method NETnografie**

MELISSA CEUTERICK (Universiteit Gent)

THIERRY CHRISTIAENS (Universiteit Gent)

HANNE CREUPELANDT (Universiteit Gent)

PIET BRACKE (Universiteit Gent)

BENZONET

**Perceptie, chronisch gebruik en afbouw van BENZOdiazepines:
een multi-method NETnografie**

Contract - DR/02/81

SAMENVATTING

PROMOTORS: THIERRY CHRISTIAENS (Universiteit Gent)

HANNE CREUPELANDT (Universiteit Gent)

PIET BRACKE (Universiteit Gent)

AUTEURS: MELISSA CEUTERICK (Universiteit Gent)



Uitgegeven in 2021 door het Federaal Wetenschapsbeleid (BELSPO)
WTC III
Simon Bolivarlaan 30
B-1000 Brussel
België
Tel: +32 (0)2 238 34 11 - Fax: +32 (0)2 230 59 12
<http://www.belspo.be>
<http://www.belspo.be/drugs>

Contactpersoon: Aziz Naji
Tel: +32 (0)2 238 36 46

Het Federaal Wetenschapsbeleid of iemand die handelt in naam van het Federaal Wetenschapsbeleid is niet verantwoordelijk voor het gebruik dat gemaakt kan worden van deze informatie. De auteurs zijn zelf verantwoordelijk voor de inhoud.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, elektronisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere wijze, zonder vermelding van de bron:

Ceuterick M, Christiaens T, Creupelandt H, Bracke P. Perceptie, chronisch gebruik en afbouw van BENZOdiazepines: a multi-method NETnografie; Samenvatting. Brussel: Federaal Wetenschapsbeleid 2021 – 11p. (Federaal Onderzoeksprogramma Drugs)

1. Context

Ondanks verschillende preventiecampagnes en initiatieven van de federale overheid blijft het langdurig gebruik van slaappillen en kalmerende middelen, in het bijzonder benzodiazepinen en Z-producten (hier verder afgekort tot BZD/Z) een klasse van kalmerende middelen, slaadmiddelen en anxiolytica, alarmerend hoog in België. Een behandeling met deze medicatie wordt aanbevolen voor twee tot maximaal vier weken. Bij langer gebruik wegen de voordelen niet op tegen de gezondheidsnadelen. Desondanks neemt een op de drie gebruikers in België deze medicijnen na acht jaar nog steeds.

Dergelijk langdurig gebruik - meer dan vier keer per week gedurende meer dan zes opeenvolgende maanden - wordt niet aanbevolen omwille van verschillende negatieve effecten zoals tolerantie en fysieke en psychische afhankelijkheid. Bovendien is het vaak moeilijk om de effecten van langdurig gebruik te onderscheiden van de oorspronkelijke symptomen waarvoor de medicatie wordt gestart. Over het algemeen hebben zowel benzodiazepinen als Z-producten een hoog potentieel voor misbruik.

Volgens de laatste nationale gezondheidsenquête van 2018 meldde 12% van de volwassen Belgische bevolking een BZD/Z te gebruiken (Gisle et al. 2020). Deze cijfers wijzen op een daling in vergelijking met de Gezondheidsenquêtes uit 2013 (13%) en 2008 (18%), wat waarschijnlijk wijst op een effect van de aanhoudende inspanningen van de federale overheid om het verbruik van BZD/Z te verminderen.

Bij degenen die een BZD/Z hadden gebruikt in de 24 uur voorafgaand aan de enquête, laten de resultaten zien dat 4,3% van de Belgische bevolking een benzo en 1,2% een Z-product had gebruikt, waarvan de meerderheid meldde langdurig BZD/Z te gebruiken, respectievelijk 93,4% voor benzodiazepines en 90,7% voor Z-producten (Van der Heyden et al. 2020). Over het algemeen is het gebruik van BZD/Z hoger onder vrouwen en 65-plussers, terwijl er ook bij mannen rond de pensioenleeftijd een opmerkelijke piek in gebruik zichtbaar is (Van de Straat et al. 2018). BZD/Z-gebruik is vooral zeer wijdverspreid onder 75-plussers: 37% van alle vrouwen en 28% van alle mannen in deze leeftijdsgroep gebruiken een BZD/Z (Gisle et al. 2020). BZD/Z worden nu beschouwd als een van de meest voorkomende 'mogelijk ongeschikte medicijnen' voor deze oudere leeftijdsgroepen (Bourgeois et al. 2012, Anrys et al. 2018). Chronisch gebruik van benzodiazepines in het bijzonder onder 65-plussers wordt geschat op 112 per duizend personen, meer dan driemaal het OESO-gemiddelde. Als zodanig scoort België onbetwistbaar hoog in internationale vergelijkingen, ook binnen de jongere leeftijdsgroepen. Gisle en collega's (2020) stellen dat België waarschijnlijk een van de landen is met de hoogste consumptie van deze medicijnen, met 1.260.034 dagelijkse doses (DDD's) verkocht door Belgische apotheken in 2016 (volgens cijfers van APB).

Ondanks de dalende trend die werd ingezet tussen 2013 en 2018, lijkt het erop dat de recente COVID-19-pandemie heeft geleid tot een alarmerende toename van het gebruik van BZD/Z. Uit de 5e COVID-gezondheidsenquête (december 2020) blijkt dat de meerderheid van de Belgische bevolking (73%) last heeft van slaapproblemen, wat een zeer hoog percentage is (Sciensano 2020). Bovendien gebruikte 21% van de respondenten hiervoor ook een BZD/Z. Bijna de helft (42%) daarvan gaf aan te zijn gestart met een BZD/Z of gaf aan meer BZD/Z te nemen sinds het begin van de crisis. In het bijzonder in de leeftijdsgroep tussen 18 en 24 jaar gaf ruim 75% van degenen die een BZD/Z gebruiken aan dat dit gebruik is begonnen of toegenomen sinds het begin van de pandemie.

Onderzoek in Vlaanderen richtte zich tot nu toe vooral op de ervaringen van hulpverleners in de eerste en tweede lijn zoals apothekers, verpleegkundigen en huisartsen en anderzijds op de perspectieven van patiënten die de medicatie voor het eerst voorgeschreven krijgen. Diverse preventiecampagnes zijn ook eveneens gericht op potentiële en beginnende gebruikers. Hoe langdurige gebruikers in België hun gebruik ervaren, is echter nooit eerder in kaart gebracht, en er is ook geen onderzoek gedaan naar de ervaringen van langdurige gebruikers die zijn afgebouwd en gestopt met het gebruik van dit medicijn.

BENZONET probeert deze kloof te dichten. Deze tweejarige interdisciplinaire studie (2019-2021) werd uitgevoerd door de onderzoeksgroep Hedera (Gezondheids- en Demografisch Onderzoek), Faculteit Sociologie van de Universiteit Gent in samenwerking met het Departement Klinische Farmacologie, met de financiële steun van BELSPO.

2. Doelstellingen

BENZONET is een kwalitatief onderzoek naar

- 1) de ervaringen en perspectieven van personen die langdurige slaap- en kalmerende middelen gebruiken of hebben gebruikt, meer bepaald benzodiazepinen en Z-producten, en
- 2) de rol van online fora bij afbouw.

De doelstellingen van deze studie zijn driedig:

- (1) te begrijpen hoe gewone langdurige gebruikers hun medicatiegebruik ervaren, welke betekenis ze aan deze medicijnen toekennen en hoe dit in verband staat tot hun gezondheidsidentiteiten, verwoord in hun persoonlijke medicatieverhaal;
- (2) het verkennen van de bredere hedendaagse normatieve discours rond het gebruik van BZD/Z waartegen individuele gebruikersverhalen zich verhouden;
- (3) onderzoeken hoe online fora bijdragen aan het afbouwen van en stoppen met BZD/Z-gebruik

3. Methodes

Methodologisch is deze studie gebaseerd op een combinatie van:

- (1) online netnografische casestudies
- (2) diepte-interviews met 30 langdurige en voormalige langdurige gebruikers, dit om het perspectief van gebruikers en patiënten te verkennen en
- (3) focusgroepen met professionele experts, ervaringsdeskundigen en patiënten om aanbevelingen te ontwikkelen.

4. Belangrijkste aandachtspunten van casestudy 1 *'En ze slapen nog lang en gelukkig'*

- Het gebruik van benzodiazepinen en Z-producten neemt toe met de leeftijd en wordt daarom verondersteld genormaliseerd te zijn bij deze oudere leeftijdsgroepen. In deze casestudy hebben we de verschillende discoursen over het gebruik van medicatie voor slaapproblemen onderzocht bij volwassenen ouder dan 50 in een online discussieforum, met zowel voormalige en huidige gebruikers van BZD/Z als fervente niet-gebruikers.
- Op basis van een sociaalpsychologische discoursanalyse onderscheidde we vijf verschillende interpretatieve repertoires die worden gebruikt door deelnemers aan het forum. De verschillende discursieve technieken worden uitgebreid uitgelegd en geïllustreerd.
- Alle repertoires vertrekken van de algemeen en soms impliciet aanvaarde norm dat BZD/Z-gebruik onwenselijk is.
- Een 'rationaliserend' en een 'emotionaliserend' repertoire worden gebruikt door langdurige gebruikers om hun medicatiegebruik te verdedigen. De meerderheid van de forumleden valt echter terug op een 'risico- en verslavingsrepertoire', 'alternatieven repertoire' en een 'afbouwrepertoire' (of een combinatie daarvan) om anderen te overtuigen te stoppen of te voorkomen dat ze deze medicatie zouden gebruiken.
- Deze repertoires bieden een breed en omvattend overzicht van mogelijke standpunten met betrekking tot langdurig gebruik van slaapmedicatie.
- Het gezondheidsethos dat -soms impliciet- ten grondslag ligt aan deze verschillende discursieve repertoires, laat zien hoe een gedefarmaceuticaliseerde slaap (waar geen farmaceutische middelen worden voor gebruikt) als de morele norm wordt naar voren geschoven, als ideaal van gezond ouder worden.
- Zodoende lijken de leden die actief zijn op het forum -onbedoeld- vatbaar te zijn voor impliciete leeftijdsdiscriminatie. In plaats van geaccepteerd te worden, worden leeftijdsgerelateerde slaapproblemen immers aanzien als iets dat met alle mogelijke middelen moet worden bestreden.
- Specifieke discursieve elementen binnen elk repertoire kunnen worden gebruikt bij het uitwerken van toekomstige preventie- en gezondheidscampagnes om de herkenbaarheid voor deze leeftijdsgroep te vergroten.

5. Belangrijkste aandachtspunten van casestudy 2 *'Veel succes op je reis naar genezing'*

- Afhankelijkheid van BZD/Z is een vaak onderschat gezondheidsprobleem, aangezien BZD na een paar weken gebruik nog nauwelijks effectief zijn, er talrijke bijwerkingen kunnen optreden en het afbouwen van BZD kan gepaard gaan met ontwenningverschijnselen. Internationale studies tonen aan dat BZD-gebruikers vaak online ondersteuning zoeken om mediatie af te bouwen, maar er is weinig bekend over hoe die online communicatie eruit ziet, en al helemaal niet in België.
- Deze casestudy onderzoekt dus hoe benzodiazepinegebruikers praten over hun afbouwproces op een Nederlandstalig forum voor afbouwende en voormalige gebruikers met behulp van

corpusondersteunde discoursanalyse (die frequentieanalyses combineert met verdere kwalitatieve discoursanalyse van voorbeelden).

- Deze analyse wees op een aantal trends in taalgebruik met betrekking tot het gebruik van voornaamwoorden, verschillende medicijnnamen, items die tijdelijkheid uitdrukken en lexicale items die betrekking hebben op het proces van afbouwen.
- Gebruikers in afbouw delen uitgebreid hun ervaringsdeskundigheid over zowel de nevenwerkingen van BZD/Z gebruik als over afbouwen.
- Door de manier waarop forumleden hun gedeelde ervaringen met betrekking tot deze geneesmiddelen uiten, krijgt een collectieve identiteit vorm. Forumleden construeren een gemedicaliseerde, (ervarings)deskundige identiteit, in relatie tot hun eigen situatie, maar ook in interactie met andere forumleden, waarbij ze optreden als elkaars raadgevers en adviseurs.
- Zodanig dient het forum niet alleen als een plek voor mentale en emotionele steun, interactie met lotgenoten en het creëren van een gemeenschap, maar ook voor ondersteuning in de vorm van kennisdeling, die traditioneel wordt aangeboden door gezondheidswerkers. Dit is vooral opvallend omdat forumgebruikers ook hun verontwaardiging uiten over het medische establishment en het gebrek aan kennisondersteuning door artsen tijdens het afbouwproces.
- Forumgebruikers ervaren en verwoorden hun BZD-gebruik dus als problematisch. Er zijn geen sporen gevonden van legitimerende discourses die BZD/Z rationaliseren of waarderen.
- Bovendien en opvallend nemen forumleden de identiteit van patiënt aan en positioneren ze hun ervaring stevig in het domein van gezondheid en ziekte, in plaats van verslaving. Omdat ze ervaren dat het medische establishment hen niet voldoende helpt om af te bouwen, nemen ze zelf de rol aan van expert en elkaars adviseur. Lotgenoten en patiëntengroepen bieden elkaar doorgaans (ervarings)deskundige ondersteuning aanvullend op de medische behandeling die ze volgen. In deze context echter vindt die informatiedeling en steun vooral plaats vanwege het (vermeende) gebrek aan erkenning en medische expertise.

6. Belangrijkste aandachtspunten uit de diepte-interviews met voormalige en langdurige gebruikers

- In totaal werden 30 semigestructureerde diepte-interviews afgenomen zijn tussen juli 2019 en februari 2021 met personen die zichzelf identificeerden als langdurig gebruiker of voormalig langdurig gebruiker van BZD/Z (= meer dan 6 maanden meer dan 4 keer een week). Een narratieve analyse volgens Bissell en Ryan werd uitgevoerd op de volledige transcripties.
- De meerderheid van de deelnemers kreeg hun eerste recept voorschrijf voor slaapgerelateerde problemen (n=20), slechts een minderheid voor een angstprobleem (n=4) of een combinatie van beide (n=6). Geen van de respondenten gebruikte BZD/Z recreatief.
- De meerderheid (n=17) identificeerde zich als huidige langdurige gebruikers, terwijl zeven personen identificeerden als voormalige gebruikers. Twee deelnemers waren voormalige dagelijkse gebruikers die zich nu eerder zagen als sporadische, instrumentele gebruikers. Vier geïnterviewden bouwden op het moment van het interview af. Opvallend is ook dat het merendeel al geruime tijd BZD/Z gebruikte of had gebruikt (gemiddeld 11 jaar).
- Bij de huidige langdurige gebruikers, nam de meerderheid zolpidem (n=9) of alprazolam (n=8).
- Uit de verschillende medicatienarratieven of verhalen komen twee duidelijke trends naar voren. Enerzijds onderscheiden we de medicatieverhalen van deelnemers die ten tijde van het interview al langere tijd BZD/Z gebruikten. Dit zijn vaak zeer uitgebreide medicatieverhalen, met veel zijlijnen, soms geen duidelijk uitgangspunt en een vaak warrige of onduidelijke chronologie. Meestal sprong de verteller van het ene punt in de tijd naar het andere zonder duidelijke inleiding of indicatie van dit tijdsverloop. Het resultaat is een vaak lang en associatief verhaal, dat in de loop van de tijd niet overzichtelijk is georganiseerd. Aan de andere kant onderscheiden we de verhalen van mensen die (soms al heel lang) zijn gestopt met het gebruik van BZD/Z. Dit zijn altijd duidelijk afgebakende verhalen, met een duidelijk begin, plot (vaak het keerpunt dat leidde tot de wens om af te bouwen) en een duidelijk eindpunt (soms met precieze start- en stopdata).
- Alle medicatieverhalen hadden een vergelijkbaar uitgangspunt. Zonder uitzondering houden de gemelde slaap- en/of angststoornissen in alle medicatieverhalen direct verband met een belangrijke gebeurtenis in het leven van de patiënt, hetzij emotioneel (verlies van een dierbare, kind, gezinsproblemen), beroepsmatig (stress door studie of zware werkdruk, ernstige incidenten op het werk) of medisch (een ernstige lichamelijke aandoening, niet-herkende postpartumdepressie). Deze gebeurtenissen veroorzaakten een soms onverwachte grote verstoring of breuk in het levensverhaal van de patiënt. Om de negatieve uitkomsten van die verstoring in het levensverhaal te herstellen, is medicatie gestart, ofwel om de gevolgen van de biografische verstoring (plotselinge slaapproblemen of angstaanvallen) beter te kunnen opvangen en om het 'dagelijks leven' zo normaal mogelijk voort te zetten, of om zo min mogelijk impact te hebben op het reguliere dagelijkse functioneren. Meestal wordt de medicatie daarom eerder gebruikt om te kunnen blijven voldoen aan de eisen van het dagelijks leven (bijvoorbeeld om te blijven functioneren op het werk ondanks slaapgebrek veroorzaakt door verdriet na een breuk) en niet zozeer met wat deze veroorzaakte. veranderde slaappatronen of angst (met andere woorden de biografische verstoring op zich).
- Het doorgeven, aanbevelen of voorschrijven van medicatie wordt door velen beschouwd als een 'teken van zorg' en empathie.

- Opvallend is dat geen van de respondenten zich herinnerde dat hun huisarts of andere voorschrijver alternatieven besprak om de onderliggende oorzaken van slapeloosheid en angst aan te pakken. Geen van de respondenten zei zich te herinneren dat ze duidelijke informatie hadden gekregen over de langetermijneffecten van BZD/Z-gebruik, noch over de aanbevolen beperking van twee tot maximaal vier weken gebruik. Weinig geïnterviewden gaven aan dat de voorschrijvende arts een einddatum had opgegeven en expliciet had gemeld voor hoelang ze de medicatie konden gebruiken. Niemand gaf aan dat ze een plan hadden ontvangen om af te bouwen toen het recept werd gestart. Met uitzondering van een sporadische waarschuwing voor afhankelijkheid, kreeg de meerderheid van de geïnterviewden geen volledige informatie over mogelijke bijwerkingen van de medicatie.
- De rol van de voorschrijvende zorgverlener (huisarts-psychiater) bij het eerste opstart van de medicatie varieert van actief aanbevelen van de medicatie tot een grote terughoudendheid bij het voorschrijven.
- De meeste geïnterviewden gaven aan dat hun langdurig gebruik geleidelijk, bijna onopgemerkt en onbewust een gewoonte werd.
- Zelfs geïnterviewden die gestopt waren met het gebruik van BZD/Z benoemden duidelijk de meerwaarde van het gebruik van BZD/Z voor zichzelf. Ze hadden het over "comfort", "hulp", "ondersteuning", "gemak". De medicatie geeft ook een gevoel van "controle" en dus veiligheid.
- Hoewel alle medicatieverhalen uniek zijn, kunnen in deze veelheid aan verhalen enkele belangrijke trends worden onderscheiden. In de verhalen van langdurige gebruikers kunnen twee hoofdtypen worden onderscheiden. Een deel is het er niet mee eens dat stoppen een betere optie is. Ze kunnen worden omschreven als "tevreden gebruikers". Een ander deel is het ermee eens dat stoppen beter zou zijn, maar beschouwt het niet als een haalbare optie en acht zich daar dus vaak niet toe in staat.
- Bij de personen die waren gestopt was de belangrijkste reden om te stoppen is een (vaak groeiend) bewustzijn van de negatieve impact van BZD/Z-gebruik op de gezondheid en specifiek het ervaren van bijwerkingen. Deze bijwerkingen varieerden van: vergeetachtigheid, rebound-effecten (duizeligheid, opvliegers), afhankelijkheid (medicatie nodig, vaak in toenemende doses), invloed op het gezichtsvermogen en spraak, slaperigheid, versuft zijn, veranderingen in persoonlijkheid (agressie, veranderde perceptie van realiteit), verminderde slaapkwaliteit. Ook de angst voor verslaving speelde een cruciale rol in veel afbouwverhalen.
- De meesten bouwden hun medicatie geleidelijk af. Sommige mensen kozen er echter voor om ineens te stoppen ("cold turkey") wat echter niet aangewezen is.
- Afbouwverhalen zijn zeer individueel, gekoppeld aan contextuele, persoonlijke en biologische factoren. Er is niet één type afbouwende patiënt. Daarom moet stoppen met BZD/Z eerder worden geïnterpreteerd als een continuüm, met volgende assen:
 - Type ondersteuning: alleen - met formele professionele ondersteuning - met informele ondersteuning
 - Wijze van stoppen: cold turkey – standaard afbouwschema van 6 weken - vele maanden of zelfs langer
 - Organisatie van de afbouw: volledig functionerend (tijdens het werk) - met (ziek) verlof - bij blijvende invaliditeit
 - De dosering: therapeutische dosis verlagen - voorgeschreven maar verhoogde dosis - recreatief (hoog) gebruik

- Een rode draad doorheen alle gesprekken heen was het thema van de (negatieve) maatschappelijke perceptie van BZD/Z. De tegenstelling tussen enerzijds het wijdverbreide gebruik van BZD/Z en het schijnbare taboe dat rust op het openlijk bespreken van het gebruik ervan, lijkt gedeeltelijk voort te komen uit het contrast tussen de status van BZD/Z als medicatie op voorschrift en het stigma dat voortkomt uit het verslavingspotentieel.
- De twee meest recente federale preventiecampagnes werden door de meeste geïnterviewden ervaren als stigmatiserend, of op zijn minst als te belerend van toon. Het was algemeen onduidelijk dat dit preventiecampagnes zijn gericht op een andere doelgroep.

7. Aanbevelingen

- De volgende aanbevelingen werden ontwikkeld op basis van een reeks van drie focusgroepen met 16 professionals en ervaringsdeskundigen/patiënten waarin voorgaande resultaten werden geverifieerd.
- Deze aanbevelingen zijn gebundeld in drie clusters op basis van de kernuitkomsten van het onderzoek: preventie van langdurig gebruik, afbouw en destigmatisering. Voor een meer gedetailleerde samenvatting en overzicht van deze aanbevelingen verwijzen we naar de beleidsnota ('policy brief').

1. Preventie van langdurig gebruik

- Een informatiebrochure voor patiënten bij het eerste voorschrift
- Verder opleiding van huisartsopleiding over benzoconsultaties verder
- Hernieuwde aandacht voor bestaande richtlijnen met betrekking tot voorschrijven en follow-up
- Richtlijnen voor een gemeenschappelijk beleid met betrekking tot het voorschrijven van BZD/Z in de eerstelijnszorg en groepspraktijken
- Een multidisciplinaire aanpak (eerstelijnszorg, tweedelijnszorg én patiënten)
- Beperking van de beschikbaarheid door kleinere verpakkingen
- Monitoring door het toevoegen van een vaste registratie in Farmanet

2. Afbouw: een klaverbladmodel

- Een holistische benadering van stopzetting wordt samengevat in een datagedreven klaverbladmodel.
- Ten eerste moet er om de klaver te laten groeien, een zaadje worden geplant, d.w.z. patiënten moeten worden gemotiveerd om af te bouwen en te stoppen. Daarom adviseren wij huisartsen bij te scholen in de vorm van een aparte module in het Benzoconsult e-learning platform om patiënten te motiveren te stoppen en gemotiveerd te houden tijdens het afbouwen.
- Elk blad van het model weerspiegelt een bepaalde vorm van ondersteuning tijdens de afbouw. Deze domeinen zijn met elkaar verbonden, zijn allen even geldig en zouden idealiter allemaal moeten kunnen worden afgevinkt:
 - Respect voor het afbouwtempo van de patiënt
 - Kansen creëren voor steun door lotgenoten (door het opstarten van een Vlaams online forum)

- Het aanbieden van psychoeducatie over afbouw
- Assisteren bij het vinden van alternatieve (coping)strategieën

- Tot slot is er om de klaver te laten gedijen -en voorgaande aanbevelingen optimaal te kunnen uitvoeren- is er ook een vruchtbare bodem nodig. Motiverende voorwaarden om te stoppen omvatten ten eerste een niet-stigmatiserende omgeving en ten tweede een ondersteunend persoonlijk netwerk (dat ondersteuning, herkenning, maar ook een kritische stem biedt waar nodig).

3. Destigmatisering

- Trainingen over verslavingsvaardigheid in de eerste lijn en bij huisapothekers
- Het perspectief en de taal van de patiënt betrekken bij de ontwikkeling van toekomstige campagnes

Ten slotte, wordt als algemene transversale aanbeveling aangeraden te streven naar een actieve betrokkenheid van patiënten op alle niveaus en in de ontwikkeling van toekomstige initiatieven.

8. Referenties

Anrys P, Strauven C, Foulon V, Degryse J, Henrard S and Spinewine A. (2018). Potentially inappropriate prescribing in Belgian nursing homes: prevalence and associated factors. *Journal of the American Medical Directors Association* 19 (10): 884-890.

Bourgeois J, Elseviers MM, Azermai M, Van Bortel L, Petrovic M and Vander Stichele RR (2012) Benzodiazepine use in Belgian nursing homes: a closer look into indications and dosages. *European journal of clinical pharmacology* 68 (5): 833-844.

Gisle L, Drieskens S, Demarest S and Van der Heyden J (2020) *Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018*. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/4. : www.gezondheidsenquete.be

Sciensano. 2020. Vijfde COVID-19-gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België; Depot nummer/2020/14.440/95. Available: <https://doi.org/10.25608/69j2-hf10>

Van der Heyden J, Berete F and Drieskens S (2020) *Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van geneesmiddelen*. Brussel, België: Sciensano; D/2020/14.440/17 . Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be